第１号様式（第９条関係）

出産育児一時金支給申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）金沢市長

住　所　金沢市

申請者
（世帯主）　氏　名

個人番号

出産育児一時金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

□ 公金受取口座を利用します（ 利用する場合は口座情報の記入不要 ）

□ 振込口座を指定します

金融機関名		支店名
銀行・信用金庫・農協		本店・支店・出張所
預金種別	口座番号	口座名義人（カナ）
普　通		

被保険者	記号		番号	
分娩日時	令和　年　月　日　午　前 後	時　分		
出産した者	氏名		個人番号	
出産に係る医療機関等	所在地 名　称			
出産に立ち会った医師又は助産師の氏名				

処理欄	確認	番号	個人　通知　住民　端末	代理	法定　委任　本人	担当印	
		本人	個人 免許 旅券 手帳 在留（　　）/ 保険 介護 年金（　　）				
	出産者の資格取得日		出　産　事　実　確　認		産科医療補償制度	直接支払制度	
	年　月　日		母子健康手帳・出産証明書・他		対象・対象外	対象・対象外	
	出産６か月前の健康保険			医療機関受取額		世帯主受取額	
	国保・社保扶養・社保本人１年未満・社保不支給			,　円		,　円	
	備　考					医療費担当確認	